Notificar a: [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha encuesta | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Encuestador |  |
| Fecha primera notificación | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Médico que notifica |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** | |  | | | | | | | | | | | |
| **CIPA/NHC** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | |  | | **Edad** | |  | **Sexo** | | Varón | | Mujer | | Otro |
| **Domicilio** |  | | | | | | | **Localidad** | |  | | | |
| **Concejo** |  | | **Teléfono** | |  | | | | | **Área Sanitaria** | |  | |
| **País de nacimiento** |  | | Año llegada a España | |  | | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha del caso** | Haga clic aquí para escribir una fecha.  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Fecha de inicio de síntomas** |
| **Clínica** | Síntomas de neuropatía craneal bilateral  Parálisis flácida simétrica descendente  Síntomas de disfunción autonómica  Letargo, astenia  Clínica gastrointestinal  Otros (describa): | | | | | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Hospital: | | |
| **Defunción** | Sí  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Tratamiento específico**  Administración de antitoxina botulínica equina  Administración de antitoxina botulínica humana  Administración de antitoxina sin especificar  No  **Tratamiento específico anterior a la toma de muestras**  Si  No | | | | | |
| **Lugar del caso** |  | |  | |  | |
| País |  | | Comunidad autónoma | |  | |
| Provincia |  | | Municipio | |  | |
| Importado | Sí  No | |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | |
| **Agente causal** | *Clostridium* *botulinum*  *Clostridium baratii*  *Clostridium butirycum* | | | |
| **Tipo de muestra** | Aspirado gástrico  Heces  Herida  Muestra normalmente estéril, sin especificar  Muestras no estériles, sin especificar  Suero | | | |
| **Prueba** | Aislamiento  Detección de toxina en bioensayo en ratón  ☐ Detección de toxina por PCR | | | |  |
|  |
|  |
| **Toxina botulínica** A B E F Sin especificar | |  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia** | Sí  No | **Nº Referencia** | | |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión)  Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)  ☐ Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)  Laboratorio | | |
| Otra exposición. Indicar: |  | |
| **Alimento sospechoso**  ☐ Carne y productos cárnicos, sin especificar  ☐ (Productos de) mariscos, crustáceos, moluscos  ☐ Miel  ☐ (Productos de) pescado  Vegetales  ☐ Mixtos o buffet  Otros alimentos, excluyendo agua, especificar: | |  |
| **¿El alimento sospechoso es un alimento en conserva?**  Sí  No  Especificar *(si es posible, con datos identificativos como por ejemplo, lugar de adquisición, marca, lote…*): | | |

**Tipo de comercialización del alimento:**

No comercializado / preparación casera

Venta de alimento artesanal

Venta de alimento industrial

|  |
| --- |
| **Fecha de consumo alimento** **sospechoso/confirmado**: Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**Ámbito de exposición**

|  |  |
| --- | --- |
| **Transporte** | Autobús  Avión  Barco  Tren  Transporte sin identificar |
| **Comedor colectivo** | Escuela infantil  Escuela  Instalación docente para > 18 años  Hotel  Restaurante/Bar  Otro comedor colectivo  Otro ámbito, sin especificar |
| **Otros ámbitos** | | Granja  Instalación militar  Zona específica  Campamento  Laboratorio |

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituciones cerradas** | Geriátrico  Prisión o custodia  Hospital  Instalación sanitaria (salvo hospital)  Institución para deficientes psíquicos  Otra institución cerrada |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familiar** | Hogar  Camping |

**Datos identificativos del ámbito de exposición** (*por ejemplo, nombre del restaurante, dirección…*):

**Fecha de exposición**: Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Viaje durante el periodo de incubación | | Sí  No | | | |
| **Lugar del viaje** | | |
| País |  | | | C. Autónoma |  |  |
| Provincia |  | | | Municipio |  |  |
| Fecha  de ida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Fecha  de vuelta | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
|  |  | |  |  | |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |
| --- |
| **Clasificación del caso** Sospechoso Probable Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Criterio clínico | Sí  No | | |
| Criterio epidemiológico | Sí  No | | |
| Criterio laboratorio | Sí  No | | |
| **Categoría diagnóstica**  Botulismo Alimentario  Botulismo Intestinal  ☐ Botulismo por Herida  Botulismo sin especificar | | | |
| **Asociado a brote** | Sí  No | | |
| Identificador del brote: |  | C. Autónoma de declaración del brote | : |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20